

O-4-40

当院における暴言・暴力対策の紹介

岡山赤十字病院 医療安全推進室

○辻 尚志

病院において医療関係者が、暴言・暴力行為などのストレスにさらされることは近年増加しており、当院も例外ではない。それらに対する対策として、個々の対応の心構えと具体的な対応には、「院内暴力対応マニュアル」、「モニターバイシエント対策の鉄則」などの資料を参考にしている。また、加害者への直接的な対策として、言葉による警告が有効でない場合には、秩序を乱す行為があれば警察等への通報及び当院として厳重に措置するという内容の「警告書」を渡し、それによって加害者が忠告を聞き入れた場合には、医療継続意思の有無を確認の後、誓約書に同意の署名・捺印をもらう。しかし、それでも再度暴力行為が発生した場合には、診療契約の基礎である相互の信頼関係を損なうものと判断し、院長名または弁護士名で、診療拒否、構内立ち入り禁止、当院職員への連絡禁止等についての「通告書」を渡し、これらに反して何らかの違反行為を行った場合の、損害賠償請求などの法的措置、警察通報、刑事告訴などについても記載している。また、弁護士名での「通告書」の最後には、「本件に関しては当職らが一切担当しますので、今後の本件に関するご連絡は当職（担当弁護士名）宛てにしてください。」の一文が記載されており、大変心強い。「警告書」は、平成27年9月から本年6月までに19件発行しており、18件は問題なく経過、1件のみ再び暴力行為が発生したために「通告書」を渡した。また初回からの「通告書」は、平成22年から31件に発行しているが、その後のトラブルは発生しておらず、書面による警告・通告は非常に有効と思われる。このほか、院外研修として年3回、県内の病院事務担当者と弁護士らによる「問題患者等対応検討会」も開催されており、当院も参加している。以上当院での暴言・暴力対策につき紹介する。

O-4-42

全職員参加型の危険予知シミュレーションの取り組みと課題

高山赤十字病院 医療安全推進室¹⁾、看護課²⁾、事務部医事課³⁾、前MRM委員長⁴⁾、前専従RM⁵⁾

○宮部 将幸¹⁾、西尾 優¹⁾、上野 博子²⁾、若田きみ子¹⁾、後藤 泰代¹⁾、大西 一彦¹⁾、林 将希³⁾、脇田 勝次⁴⁾、仲 初恵⁵⁾

当院では平成13年5月より全職種を対象にしたリスクマネージャー養成のためのワークショップを行っている。これは、現場での医療事故防止活動のリーダーであるリスクマネージャーを全部署に配置する目的で開始され、これまでに毎年24名、合計235名を養成している。当院でのリスクマネージャーが行う医療安全活動のひとつに「現場でのインシデント・アクシデントの原因分析と、再発防止策の策定及び実践」がある。原因分析・再発防止策の策定をリスクマネージャーのみに任せるのではなく、現場職員全員が参加し、より効果的な対策を見いだせることを目的とし、平成17年5月より「危険予知シミュレーション」を開始した。これは当院オリジナルな取り組みであり平成27年度までに66回を開催した。その特徴としては、現場で発生した実際のインシデント・アクシデントの事例を基にリスクマネージャーだけでなく、現場職員が全員参加し原因分析を行い、危険予知システムを構築することである。改善点を明確にするために実際に起こってしまった事例を周知してもらったためのNG版と、改善策を考えた上でのOK版の体験型+劇場型（ロールプレイ）のシミュレーションを実演している。自部署の視点だけでなく、他部署との連携による改善等、病院幹部へのハード面の改善の必要性の理解にも繋がっている。そこで、「危険予知シミュレーション」の取り組みと今後の展望について報告する。

O-4-44

JCI、整形外科の立場から

足利赤十字病院 副院長

○浦部 忠久

足利赤十字病院は、日本の赤十字病院として初めて、また国内の病院として9番目にJCI認証を取得しました。アメリカなど一部地域を除く世界各国で2016年6月末現在、853の医療機関が認証を受けています。JCIの基本理念は「患者安全」と「医療の質の向上」です。審査項目（Ver.5）は以下の14章、1146項目からなっています。

患者中心の基準

(1)IPSG 国際患者安全目標、(2)ACC ケアへのアクセスと継続性、(3)PFR 患者と家族の権利、(4)AOP 患者の評価、(5)COP 患者のケア、(6)ASC 麻酔と外科的ケア、(7)MMU 薬物の管理と使用、(8)PFE 患者と家族の教育

医療機関の管理基準

(9)QPS 質の改善と患者安全、(10)PCI 感染の予防と管理、(11)GLD 組織管理、(12)FMS 施設管理と安全、(13)SQE 職員の資格と教育、(14)MOI情報の管理

なかでも(1)IPSG は6つのゴールがあって決して落とすことの許されない大切な章です。

IPSG 1 確実に患者を識別できる体制ができているか

IPSG 2 職員間のコミュニケーション体制はしっかりしているか

IPSG 3 ハイアラート薬（危険な薬）の管理体制ができているか

IPSG 4 正しい手術を行える体制ができているか

IPSG 5 手指衛生の徹底がされているか

IPSG 6 転倒予防の方策がとれているか

整形外科関連のQuality Indicatorや、医師の評価などについてお話ししたいと思います。

O-4-41

医療安全推進室におけるメディカル・ソーシャル・ワーカーの役割

石巻赤十字病院 医療安全推進室

○八島 浩、長谷川 光、澤田 友美

石巻赤十字病院では医療安全推進室にメディカル・ソーシャル・ワーカー（MSW）を平成22年より配置している。主な役割としてコンフリクト・マネジメントと医療メディエーションを担う。医療紛争（広義の意味での医療コンフリクト）という言葉聞くことはあっても、実際に紛争に至るプロセスについてはあまりイメージを持ってない場合が多い。一体どのような事例が医療コンフリクトに至るのか。紛争は悪い結果に至った事例全てが発展するのではなく、日常の診療で積み重なった患者側の不信感が育った結果、紛争に発展するといえる。患者側が感じた疑念、嫌な想いをした経験が積み重なったものが不信感である。不信感とは日常では表面化されにくい。しかし医療行為によって悪い結果が招かれると、患者側の許容範囲、いわゆる我慢の限界を超えて不信感が表出され、さらには訴訟などに発展してしまう。そのような状況をつくらないために、私たちはどのように努めればよいのか。紛争を予防するためには日常の診療で良好な人間関係を築くことが重要である。良好な人間関係が前提であれば、患者側の疑問に対して医療者が説明を行うという「対話」が生まれ、問題解決に導くことができる。医療メディエーションは、この患者・家族間が抱いた病院や医療に関する疑問・不安・不満等を当事者間の「対話」を促進し信頼関係の再構築を支援する。だが、この「対話」という相互コミュニケーションを行うことはとても難しく、時間がかることである。医療事故調査制度においてもメディエーターの介入は明記されている。当院における医療安全推進室のMSWの業務内容とその効果、MSWが複数で関わるチーム制を導入した現状を報告する。

O-4-43

熊本地震における当院の外傷手術対応についてー整形外科外傷を中心にー

熊本赤十字病院 国際医療救援部 整形外科¹⁾、整形外科²⁾、救急科³⁾

○城下 卓也¹⁾、井本光次郎²⁾、岡野 博史³⁾、細川 浩¹⁾、林田 洋一²⁾、岡村 直樹¹⁾、岡田 二郎²⁾、宮本 和彦²⁾、本多 一宏²⁾、佐久間克彦²⁾、中島 伸一²⁾

2016年4月の熊本地震により被害の大きかった益城町、南阿蘇村、西原村から最も近い拠点病院である当院では、発災後すぐに災害モードでの対応を開始して多くの患者を受け入れた。発災後1週間で2836人の患者を受け入れ、大半は地震関連外傷であった。緊急手術が必要な外傷も多く、32例の整形外科外傷手術を行った。外傷手術の90%以上は整形外科関連であった。家屋、ブロック塀の倒壊などを原因とする開放骨折などの手術が多かったが、一方で避難所での転倒原因とする大腿骨近位部骨折などの脆弱性骨折の手術も多数行った。災害時の外傷手術対応の問題点として、手術室の稼働状況、余震による影響、手術インプラントの確保、入院病床の確保などが挙げられる。14日の前震では手術室の損傷がなかったため、翌15日にかけて7件の緊急手術を行うことが可能であったが、16日の本震により手術室機能の一部が停止した。対応可能な緊急手術は引き続き行ったが、余震が続く影響で脊椎外傷と骨盤外傷は広域搬送とした。四肢外傷についても、主要道路の寸断により物流が停止し、手術インプラントの確保ができなため他院からの紹介患者を受け入れられなかったケースがあった。また、入院病床が確保できずに手術が行えない状況を選けるため、術後1～3日程度で転院を進める必要があった。病院の被災状況により広域搬送を検討しなくてはならないが、患者家族は望まれない場合が多く、基本的には地域基幹病院で手術を行う必要がある。今回、被災地の地域基幹病院において、多くの救急外傷対応、整形外科外傷手術を行った。発災直後の災害モードでの対応、外傷手術の内訳と問題点について報告する。

O-4-45

脊椎手術における安全性のquality indicator作成の試み

武蔵野赤十字病院 整形外科

○山崎 隆志、原 慶宏、松谷 暁、小久保吉恭

【はじめに】医療の質を定量的に評価し改善するためQuality Indicator（QI）が病院で導入、公表されている。しかし、整形外科では手術件数等以外には質評価となる数字は学会や論文で治療成績や合併症が単発的に報告されるだけで、定期的な公表は筆者の知る範囲では見つからない。診療科の医療の質を向上のためには、QIを公表すべきと考え、当科の主たる手術である脊椎手術における安全性のQIをホームページで公開した。

【脊椎手術の安全性のQI】2011年から2014年までの術後1年以内の想定外の死亡と予定外再手術を

<http://www.musashino.jrc.or.jp/consult/clinic/12seikeigeka.html>に公表した。

【結果】想定外の死亡は2013年1件、予定外再手術は2011年以降5.7%、5.6%、4.0%、5.6%との4年間で大きな変化はなく、安全性の低下はなかった一方、改善もなかったことを示している。

【考察】脊椎手術の安全とは、有害事象の発生が少ない事である。有害事象には術後麻痺、SSI、スクリー位置異常などがあるが、QIとしてはその程度や医師のバイアスの問題より、定義を明確化しにくい。そこで、医事課データから医事課職員が抽出可能な死亡と術後再手術とし、その理由をすべて記載することで定義を明確化した。一般的に術後死亡のQIは30日以内とされることが多いが、整形外科ではこの4年間で発生がないため期間を1年とした。聖路加国際病院では外科チームのQIとして24時間以内再手術率としているが、24時間以内とする4年に4件のみであり、質の変化を知るには少なすぎる考えた。このQIはどの施設でも同様に算出可能であり、他施設との比較が可能で競争原理に基づくインセンティブとなり安全性向上が期待できる。